Nr 41. Kraków, 11. października 1919. Rok LVIII.

Redakcya: Kraków 9, Płuczki 28. Telefon 3105.

Administracya: ul. Dunajewskiego 2. Telefon 362.

Konto poczt. Kasy Oszczęd. 813.476.

Rękopisy zwraca się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia. Na rękopisie, czytelnie, po jednej stronie pisanym, należy z góry podać żądaną liczbę odbitek, których koszt oraz koszta klisz ponosi w całości autor.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN URZĘDOWY TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO I TOW. LEK. GALIC., ORGAN ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKÓW W PETERSBURGU, TOWARZYSTWA LEKARZY POLSKICH W KIJOWIE, CHICAGO, DETROIT CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH

WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE

LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO

ORGANU TOW. LEKARZY GALICYJSKICH I TOW. LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO

CZASOPISMO LEKARSKIE

ORGAN TOWARZ. LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

WYCHODZI CO SOBOTA.

Przedpłatę przyjmują w Krakowie Administracya i księgarnia S. A. Krzyżanowskiego, w Warszawie księgarnie Gebethnera i Wolffa, Wendego i Sp., nadto urzędy pocztowe austryackie i niemieckie.

Ogłoszenia przyjmuje Administracya. Cena ogłoszeń: 70 halerzy za wiersz petitowy lub jego miejsce.

Przedpłata wynosi: rocznie K 60·— półrocznie 30·—, kwartalnie K 15·—.

Jeden numer osobno kosztuje 1·20 K.

Rok LVIII. Kraków, 11 października 1919 Nr. 41.

# PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO KRAKOWSKIEGO, TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH, ZWIĄZKU POLSKIEGO LEKARZY I PRZYRODNIKOW W PETERSBURGU, TOWARZYSTW LEK. POLSK. W KIJOWIE, CHICAGO I DETROIT, CZASOWO ORGAN OBU IZB LEKARSKICH GALICYJSKICH, WYDAWANY CZASOWO TAKŻE W ZASTĘPSTWIE »LWOWSKIEGO TYGODNIKA LEKARSKIEGO« ORGANU TOWARZYSTWA LEKARZY GALICYJSKICH I TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO LWOWSKIEGO, ORAZ »CZASOPISMO LEKARSKIE« ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH PROWINCYONALNYCH KRÓLESTWA POLSKIEGO.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

## OTWARCIE WSZECHNICY WILEŃSKIEJ.

W Polsce wielkie święto. Otwiera znów po wiekowej przerwie swe podwoje Uniwersytet wileński, wszystkim polskim sercom szczególnie droga Wszechnica Batorego. Budzi się do nowego życia w setną rocznicę swej najświetniejszej doby ten uniwersytet, gdzie nauczyciele i uczniowie wzajemnie byli siebie godni, uniwersytet Śniadeckich, uniwersytet Mickiewicza.

Z sześciu Wydziałów Wszechnicy wileńskiej powraca do pracy Wydział lekarski w warunkach najtrudniejszych. Dla potrzeb kraju, dla tradycyi tej Wszechnicy uważana za konieczną, musi jego odbudowa zaczynać od fundamentów, a siły mierzyć na zamiary.

W wierze w twórczą moc Narodu czerpiemy nadzieję, że odnowiona Wszechnica zwalczy wszelkie przeszkody a młodość poda jej skrzydła. Niechaj to ognisko nauki jaknajżywszem zapłonie światłem i niech całą swą ziemicę rozjaśni promieniami prawdy, piękna i dobra.

---

## Ocena jaglicy, jej leczenie i zapobieganie ze stanowiska wojskowo-lekarskiego

napisał*)

major-lekarz

**Dr Teodor Bałłaban,**

prymaryusz szpitala ocznego Wojsk polskich we Lwowie.

Ocena zdolności do służby polowej żołnierza chorego na jaglicę jest bardzo ważna, ale częstokroć nie łatwa. Trudność takiej oceny wynika głównie z tego powodu, że pomimo licznych klinicznych i anatomicznych badań jaglicy nie zdołano dotychczas wyjaśnić patogenezy tej choroby, a tem samem nie posiadamy żadnej krytycznej podstawy, któraby dawała nam pewność w odróżnianiu jaglicy od innych chorób, zbliżonych do niej obrazem klinicznym, a jednak niezakaźnych. Wiemy, że od czasu podstawowych badań Raehlmanna nad istotą jaglicy, wiedza nasza nie wzbogaciła się o wiele więcej w tym kierunku. Jak bowiem z jednej strony badania bakteryologiczne i na zwierzętach, z wyjątkiem poszczególnych badań, przeprowadzonych na małpach, nie dały dotychczas żadnego wyniku dodatniego, tak z drugiej strony znajdowane tylko w nabłonku jaglicze ciałka Prowazeka, — przedstawiające czapkowato na jądrze usadowione grupki maleńkich ziarnek, — nie mają wybitnie rozpoznawczego znaczenia; często bowiem niema ich zupełnie nawet w przypadkach bardzo rozwiniętej jaglicy, a nierzadko znowu dają się one spostrzegać w chorobach innego pochodzenia, jak w mieszkowym nieżycie spojówek, a zwłaszcza w śluzoropotoku noworodków. Prócz tego nie dało się dotychczas ustalić, czy ciałka Prowazeka są wytworem komórki, czy też należy je uważać za pasorzyty. Jeżeli prócz tego uprzytomnimy sobie jeszcze wyniki badań patologiczno-anatomicznych, przyczem, jak wiemy, obraz ziarna jagliczego jest całkiem podobny do obrazu mieszka, to upada temsamem i ten ostatni objaw rozpoznawania jaglicy. Prócz mieszkowego nieżytu spojówek, którego często klinicznie nie można odróżnić od jaglicy, istnieją jeszcze inne choroby spojówki, mające niejednokrotnie charakterystyczne znamiona jaglicy, jak przerost brodawkowy lub ziarnisty. Do najczęstszych takich chorób należy zaliczyć przewlekłe zapalenie wiewiórowe, gruźlicę, nieżyt wiosenny, a także nieżyt spojówek Parinauda. W przypadkach takich, które niejednokrotnie nie dają możliwości ścisłego rozpoznania jaglicy, pozostaje jedyną rozpoznawczą oceną czas trwania i przebieg choroby. Tak wiemy n. p., że mieszkowy nieżyt spojówek nie wywołuje zbliznowacenia spojówek, a jego okres ostry daje się zazwyczaj usunąć w przeciągu 4—6 tygodni, a tem samem obraz kliniczny staje się po upływie tego czasu wyraźny. O ile więc już dla doświadczonego okulisty jest częstokroć bardzo trudno w takich niepewnych przypadkach ustalić rozpoznanie jaglicy, to tem trudniej jest to dla lekarza nie specyalisty. Dlatego też dla pewności w takich przypadkach rozpoznajemy: »podejrzenie o jaglicę«. Chory taki musi być odesłany do dokładnego rozpoznania, względnie do leczenia szpitalnego.

Rozstrzygnięcie, czy dany przypadek jest jaglicą, jest właśnie dla celów wojskowych wielkiej doniosłości; jak bowiem jest niedopuszczalny pobór żołnierzy, cierpiących na długotrwałą lub nieuleczalną jaglicę, tak znowu należy o tem pamiętać, że przez mylne rozpoznanie i niedokładną ocenę bywają usuwane całe kompanie, a nawet bataliony od służby polowej.

Chcąc podać choćby tylko pobieżnie charakterystykę i zaraźliwość jaglicy, muszę przedewszystkiem zaznaczyć, że jakkolwiek jestem daleki od tego, abym powątpiewał o zaraźliwości jaglicy, to jednak, opierając się na mojem doświadczeniu przedwojennem i doświadczeniu zebranem podczas wojny, sądzę, że obawy przed zakażeniem i przeniesieniem jaglicy są często przesadne, gdyż, jak wiemy, traci wydzielina jaglicza bardzo rychło swoją jadowitość, a wyschnięta nie jest więcej zakaźną.

Również nasze codzienne doświadczenie przemawia prze-

*) Z polecenia Departamentu spraw wojskowych w Warszawie.

ciwko powszechnie przyjętemu zapatrywaniu, jakoby jaglica była tak bardzo i absolutnie zakaźną, gdyż w ambulatoryach szpitalnych, jakoteż w ordynacyach lekarskich, gdzie przez rok cały bywają leczone liczne przypadki jaglicy, nie spostrzegamy przeniesienia się tej choroby na innych chorych. Tak samo liczne przypadki, w których od lat wielu jedno oko jest chore na jaglicę, a oko drugie utrzymuje się zdrowe, pomimo że częstokroć nie bywają przestrzegane środki zapobiegawcze, przemawiają przeciwko zbytniemu niebezpieczeństwu zakażenia jaglicą.

Powstanie i rozwój jaglicy stoi w bezpośrednim związku z tem, że się nie przestrzega odpowiednich zarządzeń sanitarnych, to też w Polsce, gdzie jaglica panuje miejscowo, rozprzestrzenia się ona po największej części masowo u rodzin ubogich, z powodu braku odpowiedniej czystości. A mimo to doświadczenie poucza, że do mieszkań, gdzie zamieszkiwała rodzina chora na jaglicę, bez następowego i należytego odkażenia, sprowadzający się nowi mieszkańcy jaglicy nie ulegają. Wszystkie te okoliczności są zatem dla nas pewnym dowodem, że jaglica nie szerzy się przez powietrze, że zaraźliwość jaglicy nie jest tak wielka, jak to ogólnie przypuszczano i że powstaje ona jedynie tylko przez zetknięcie.

W ciągu wieloletniej praktyki lekarskiej każdy ze specyalistów miał z pewnością sposobność widzieć i niejednokrotnie tłumić epidemie jaglicy, powstałe w zakładach zamkniętych, jak n. p. ochronkach, internatach, domach karnych i t. p. Zazwyczaj do czasu, zanim epidemię taką odkryto i zawezwano pomocy lekarskiej, wiele z osób, znajdujących się w takich zakładach, zachorowało już na jaglicę. Przy dokładnem i krytycznem badaniu takich epidemii musiała jednak każdego zdziwić ta okoliczność, że bardzo często właśnie ci, którzy bezsprzecznie i najczęściej stykali się lub bezpośrednio sąsiadowali z chorymi na jaglicę, chorobie tej nie ulegali. Wyjaśnić da się to tylko w ten sposób, że jak każda choroba zakaźna, tak i jaglica miewa różne nasilenia zarazka i że do jej wystąpienia u dotyczącego osobnika musi istnieć pewnego rodzaju skłonność.

Na podstawie długoletnich i bardzo szczegółowych moich badań klinicznych doszedłem do przekonania, że jaglica jest zaraźliwa głównie w pierwszym swym okresie, natomiast jej postacie powrotne i przewlekłe, nawet w przypadkach, w których istnieje silna i wzmożona wydzielina, tracą częściowo lub nawet całkowicie swą zaraźliwość. Następnie stwierdziłem, że, pominąwszy zakaźność samej miazgi ziarnek jagliczych, która n. p. przy wyciskaniu ziaren dostaje się przypadkiem do worka spojówkowego i tu, skoro trafi na przychylne warunki rozwoju, sprowadza powstanie jaglicy, miarodajnym czynnikiem zaraźliwości jaglicy jest tylko jedynie jej wydzielina.

Opierając się na tych klinicznych przesłankach, badałem drobnowidowo w bardzo licznych przypadkach jaglicy wydzielinę, zebraną z worka spojówkowego. Jakkolwiek badania te nie dały dla jaglicy żadnego znamiennego rozpoznawczego wyniku, to jednak zezwalają one na pewne wnioski, które mogą być wskazówkami co do sposobu dalszych badań nad zakaźnością jaglicy. I tak w zasadzie przekonałem się, że nie popełni się zbyt wielkiego błędu, jeżeli wyniki badań drobnowidowych nad wydzieliną jagliczą podzieli się na dwie kategorye. Do kategoryi pierwszej zaliczyć należy te przypadki ostrej jaglicy, w których preparaty na szkiełkach nakrywkowych wykazują obok prawie zawsze znajdowanych gronkowców, także paciorkowce. Natomiast na preparatach drugiej kategoryi znajdują się te drobnoustroje w znikomej ilości, spostrzegać się zaś dają poszczególne prątki Koch-Weeka, dwoinki zapalenia płuc, a czasem bardzo liczne prątki kserozy. Stosownie do tych moich spostrzeżeń, odróżniam też dwa rodzaje wydzieliny jaglicy, a mianowicie: w y d z i e l i n ę o s t r e j j a g l i c y, która jest zakaźną i w y d z i e l i n ę j a g l i c y p r z e w l e k ł e j i p o w r o t n e j, która jest n i e ż y t o w ą i n i e z a k a ź n ą.

Tej też okoliczności skłaniałbym się przypisać, że w jednym przypadku dają się wykazać ciałka Prowazeka, niema ich zaś zupełnie w innych przypadkach i sądzę, że dalsze badania nad tym przedmiotem należy właśnie przedsiębrać w tym kierunku, badając odrębnie zmiany, powstałe w komórkach nabłonka przez wydzielinę zakaźną, a odrębnie zmiany, powstałe w nabłonku przez wydzielinę nieżytową.

Gdyby w ten sposób dalsze badania potwierdziły moje dotychczasowe doświadczenie, to temsamem dałby się osiągnąć znaczny postęp, jeżeli już nie w patogenezie, to przynajmniej w ocenie zakaźności jaglicy.

W każdym razie, opierając się na wynikach dotychczasowych moich doświadczeń, które stwierdzają, że wydzielina jaglicza jest zakaźną jedynie i głównie w pierwszym okresie i że jej zaraźliwość w okresie drugim jest conajmniej bardzo znacznie zmniejszona, otwiera się dla lekarza wojskowego tem samem nowy kąt widzenia, pod którym powinien żołnierzy chorych na jaglicę oceniać co do zdolności do służby polowej. Sprawa ta jest tem większej doniosłości, że w czasie obecnej wojny należy się starać nie uszczuplać bez wyraźnej przyczyny tak nam potrzebnego wysokiego stanu armii czynnej, a temsamem należy być przezornym w ocenie niezdolności żołnierza chorego na jaglicę do służby polowej.

Na podstawie powyższych wywodów dochodzę do następujących wniosków w odniesieniu do poborowych i żołnierzy chorych na jaglicę:

1. Przypadki jaglicy z bliznami na spojówkach i bez wydzieliny ocenia komisya poborowa tak, jakby choroba zakaźna nie istniała.

2. Przypadki powikłane łuszczką, naciekami i wrzodami na rogówce, jakoteż wybitnemi zmianami w chrząstce i nieprawidłowem położeniem powiek i rzęs, jako najcięższe i nieuleczalne, decydują przy poborze o zwolnieniu. To samo dotyczy przypadków zaniedbanych z bardzo silnym przerostem ziarnistym i brodawkowym i silną śluzoworopną wydzieliną.

3. Wszystkie inne przypadki, i to bez względu na wydzielinę przy poborze, odsyła się do oceny szpitalnej przez lekarza-okulistę. Z tych przypadków pozostają w leczeniu szpitalnem tylko takie, które rokują usunięcie ostrego okresu jaglicy lub istniejącego nawrotu w przeciągu 2—3 miesięcy. O ile najdalej w 3-miesięcznym okresie nie osiągnie się wyleczenia jaglicy, zostaje chory na jaglicę, stosownie do wyniku dotychczasowego leczenia, przedstawiony komisyi superrewizyjnej do czasowego urlopu lub do zupełnego zwolnienia ze służby wojskowej. Dłuższe przetrzymywanie takich chorych w leczeniu szpitalnem jest niedopuszczalne, gdyż obciąża niepotrzebnie stan szpitala i skarb państwa.

## L e c z e n i e j a g l i c y.

Co się tyczy leczenia jaglicy, to głównem staraniem lekarza wojskowego musi być oddane do leczenia szpitalnego przypadki jaglicy w możliwie najkrótszym czasie uleczyć lub co najmniej doprowadzić do takiej poprawy, któraby umożliwiała służbę polową. Z tego powodu chciałbym przedewszystkiem przestrzedz przed bezmyślnem i bezwzględnem stosowaniem azotanu srebra i miedzi. Ten sposób leczenia, który ma za sobą jeszcze dotychczas licznych zwolenników, o ile często nie jest wprost szkodliwy, to w każdym razie jest bardzo przewlekły i długotrwały.

Najpewniej i najprędzej wiedzie do celu leczenie kombinowane, a przedewszystkiem szczegółowo stosowane do każdego przypadku. Jakkolwiek jest niemożliwe podać stałe przepisy, normujące leczenie w poszczególnych okresach jaglicy, to jednak chcę podać te sposoby leczenia, którymi się posługuję i które, o ile się przekonałem, wiodą najpewniej i najszybciej do celu.

1. W o k r e s i e o s t r y m j a g l i c y, przyczem załamek spojówki jest twardo naciekły i bardzo napęczniały, stosuję początkowo co godzinę zakraplanie rozczynem 0·01:50 oksycyanku rtęciowego (hydrargyrum oxycyanatum) i trzy razy dziennie po pół godziny suche zimno, w postaci worka z lodem. Przed przyłożeniem na oko zawija się worek w trójkątną chustkę lub w ręcznik. W przypadkach rozległego przerostu ziarnistego i brodawkowego usuwam cały załamek operacyjnie. Pomimo sprzecznych zapatrywań co do korzyści tego zabiegu, zabieg ten skraca stanowczo czas trwania choroby, przyczem, o ile dany przypadek jest odpowiedni, zabieg ten nie wywołuje nigdy skrócenia powieki. Po wyleczeniu rany i usunięciu szwów stosuję codziennie uciskowe miesienie spojówki przy pomocy pręcika szklanego. Pręcik ten wsuwa się jedną ręką głęboko pod powiekę, a palcem drugiej ręki uciska się powiekę o pręcik, przyczem pręcik się obraca. W początku takie wałeczkowanie stosuje się na sucho, a następnie, gdy spojówka już nie krwawi, posługuję się $^1/_{20}\%$ maścią z oksycyanku rtęciowego. U osób wrażliwych należy przed tym zabiegiem znieczulić spojówkę $2\%$ rozczynem nowokainy. Skoro po wałeczkowaniu wystąpi silniejsza wydzielina, to należy czasowo zaprzestać miesienia i stosować bardzo lekki rozczyn (najwyżej $1\%$) azotanu srebra. Po każdorazowem wałeczkowaniu przykłada się na oko przez pół godziny worek z lodem. W przypadkach, w których wydzielina nie jest ropna, lecz więcej śluzowa, stosuję zamiast lapisu 10—$20\%$ rozczyn protargolu. Prócz tego przepłukuje się 4—5 razy dziennie worek spojówkowy $^1/_{60}\%$ rozczynem oksycyanku rtęciowego. Jeżeli istnieje szczególna wrażliwość przeciwko lapisowi, co się objawia długotrwałem zadrażnieniem ca-

łej spojówki gałkowej i przykrymi objawami podmiotowymi, to używam 5% rozczynu argentaminy. Także włożenie małego kawałka 5% maści nowilormowej przed spaniem do worka spojówkowego lub założenie na kilka godzin dziennie opaski uciskowej na oko przyczynia się w wielu przypadkach bardzo rychło do zmniejszenia wydzieliny.

2. W okresie przewlekłym jaglicy, jeżeli ziarna jaglicze są wyraźne lub dadzą się uwydatnić przez zapuszczenie do worka spojówkowego rozczynu adrenaliny, wyciska się je, po należytem poprzedniem znieczuleniu, przyrządami Kuhnta. Gdy po takim zabiegu spojówka przyjdzie już do siebie, stosuje się w międzyczasie wałeczkowanie spojówek w sposób wyżej podany.

W przypadkach, w których brak jest większej wydzieliny, używa się przy rannej wizycie w ograniczony sposób sinego kamienia, zaś popołudniu lekkiego wycierania spojówek wacikami, moczonymi w $^1/_{50}$% rozczynie oksycyanku rtęciowego sposobem Keiniga. Po każdorazowym zabiegu stosuje się suche zimno.

3. W okresie jaglicy zbliznowaciałej, jeżeli w załamku znajdują się jeszcze ziarna, wyciska się je, a naprzemian stosuje wałeczkowanie. Prócz tego zapuszcza się 3—4 razy dziennie $^1/_{50}$% rozczyn oksycyanku rtęciowego. Jeżeli wydzielina się zwiększy, używa się raz dziennie 1% rozczyn azotanu srebra, a po jej usunięciu 5% rozczyn kuprocitrolu w glicerynie.

4. Przy początkowej łuszczce, przy naciekach i wrzodach rogówki należy przedewszystkiem energicznie leczyć spojówki. Przy łuszczce bardzo dobre wyniki lecznicze daje użycie 10% rozczynu kuprocitrolu. Jeżeli z powodu głębokiego wrzodu zachodzi obawa przebicia rogówki, należy stosować ezerynę i opaskę uciskową, której wartość lecznicza jest zawsze jeszcze niedoceniana. Co do użycia atropiny w tych przypadkach należy być bardzo ostrożnym. Bardzo korzystnie wpływa na przebieg leczenia przy łuszczce stosowanie suchego zimna, zaś przy naciekach i wrzodach stosowanie ciepła, i to najlepiej w formie pary. Przy świeżych naciekach i wrzodach rogówki działa korzystnie 5% maść ortoformowa, zaś przy wrzodach zadawnionych i trudno się gojących 2% maść optochinowa. W bardzo ciężkich przypadkach powikłań ze strony rogówki bez zmian na tęczówce dają podspojówkowe wstrzykiwania rozczynu soli kuchennej częstokroć bardzo dobre wyniki lecznicze. Jeżeli chrząstka jest bardzo zgrubiała i zniekształcona, wycina się ją sposobem, podanym przez Kuhnta.

Podając powyższe sposoby leczenia jaglicy, uwzględniłem tylko te, które zdają mi się najbardziej wskazane i najważniejsze. Temsamem nie są one jeszcze w zupełności wyczerpane, gdyż sama już różnorodność powstania i przebiegu jaglicy utrudnia, jeżeli już wprost nie uniemożliwia, wprowadzenie pewnych ściśle określonych przepisów leczniczych, i to głównie z powodu braku znajomości zarazka jaglicy. Znajdowane w wydzielinie ostrej jaglicy gronkowce i paciorkowce mogą być dla nas tylko wskazówką co do nasilenia i zaraźliwości wydzieliny jagliczej. Gdyby przez dalsze w tym kierunku badania powiodło się ustalić rodzaj tych drobnoustrojów i otrzymać ich hodowlę, możnaby następnie myśleć o sporządzeniu odpowiedniej szczepionki, co mogłoby mieć wielką doniosłość nietylko leczniczą, ale i zapobiegawczą.

## Zapobieganie jaglicy.

Niemniej ważne, jak rozpoznanie i leczenie, jest dla lekarza wojskowego dokładne zapoznanie się ze środkami zapobiegającymi jaglica, jakoteż wydatne i umiejętne ich stosowanie.

Jaglica należy bezsprzecznie do tych chorób ocznych, których istotą w literaturze wyjątkowo licznie i wszechstronnie się zajmowano. Tej okoliczności zawdzięczać należy, że na podstawie klinicznych doświadczeń poznano dotychczas dokładnie niebezpieczeństwo zaraźliwości, jakie sprowadza pewien okres tej choroby, i to właśnie jest przyczyną, że poświęcono wiele uwagi sposobom, jakimi powstaniu jaglicy zapobiegać należy.

Zanim przedstawię przepisy zapobiegawcze, które mają obowiązywać w Wojsku polskiem, chcę przedewszystkiem wspomnieć pokrótce o najważniejszych zarządzeniach sanitarnych, których przy jaglicy przestrzegać należy.

Chcąc przeciwdziałać szerzeniu się zakaźnej jaglicy w wojsku, należy żołnierzy chorych na jaglicę oddawać do leczenia szpitalnego. Doświadczenie poucza jednak, że pozostawianie żołnierzy chorych na jaglicę w szpitalu ocznym, w którym znajdują się także chorzy na inne cierpienia oczne, — chociażby nawet w odrębnych i odosobnionych pokojach, nie jest korzystne. Jest bowiem prawie niewykonalne, pomimo nadzoru i nakazu, powstrzymywać od stykania się z innymi żołnierzami chorych, którzy poza chorobą oczną są fizycznie zdrowi. Przy tem należy pamiętać i o tem, że chorym na ostrą jaglicę wzbrania się nietylko czytania i pisania, ale i innych zajęć, które wzrok wysilają. Wskutek tego starają się oni często pokryjomu odszukać towarzysza, przebywającego przypadkowo i równocześnie na innym oddziale szpitala, a tem samem możliwość przeniesienia ich choroby na innych nie jest wykluczona. Z tego powodu jest bardzo wskazane, i to szczególnie u nas w Polsce, gdzie jaglica w wielu okolicach miejscowo panuje, starać się nietylko przy większych, ale także przy mniejszych załogach o stwarzanie osobnych szpitali jaglicznych, a o ile to jest niewykonalne, o umieszczanie chorych na jaglicę w barakach, osobno do tego przysposobionych. Jest też bardzo pożądane, aby takie szpitale lub baraki były umieszczone ile możności daleko od miasta, gdyż w ten sposób zabezpiecza się chorych przed szkodliwem działaniem wyziewów i kurzu miasta, a równocześnie wyzyskuje się w całości zbawienny wpływ świeżego i czystego powietrza na przebieg i czas trwania choroby.

Odpowiednio do tego muszą też izby, w których pomieszczeni są chorzy na jaglicę, być przestronne i przewiewne. Przeciętnie należy obliczyć 25 m³ powietrza na jednego żołnierza, przyczem należy się starać o należyte przewietrzanie poszczególnych izb. W tym celu nie jest wystarczające zwyczajne otwieranie okien, lecz należy po opróżnieniu izb trzy razy dziennie otwierać przez pół godziny na przestrzał drzwi i okna. Jeżeli przyjmiemy pokój o średniej wielkości i o dwóch oknach, to przy minimalnym prądzie powietrza o chyżości 1 m na sekundę, przewiewa przez pokój w przeciągu pół godziny 1500—1800 m powietrza zewnętrznego. Taki przewiew powietrza jest już zupełnie wystarczający, szczególnie jeżeli okna także w zimie przy odpowiedniem ogrzaniu izby są przez dłuższy czas codziennie otwierane. Ponieważ udowodniono, że przebywanie chorych na jaglicę w powietrzu czystem i zdrowem całkiem nieprawdopodobnie skraca czas trwania choroby, jest wskazane, ażeby szpital względnie baraki jaglicze znajdowały się wśród ogrodu i o ile możności w pobliżu wody. W takich warunkach mogą chorzy w lecie stale, w zimie zaś czasowo przebywać na wolnem powietrzu.

Co się tyczy ogólnej czystości ciała, to należy się starać, ażeby chorzy w lecie, o ile na to miejscowe warunki pozwalają, używali możliwie często kąpieli rzecznych lub stawowych, które podobnie, jak działanie świeżego powietrza, wywierają bardzo zbawienny wpływ przeciwzapalny na przebieg choroby. Jeżeli to jest niemożliwe, powinni chorzy przynajmniej raz w tygodniu dostawać kąpiel ciepłą, przyczem nie należy oszczędzać mydła. W tym czasie zmienia się bieliznę, a zużytą, jakoteż i ręcznik użyty przy kąpieli oddaje się do dezynfekcyi. Używanie parni jest wzbronione, gdyż powoduje ono zbyt silne przekrwienie gałek ocznych. Mycie twarzy i rąk we wspólnej miednicy jest niedopuszczalne, a ponieważ jest rzeczą bardzo kosztowną i praktycznie ciężko do przeprowadzenia obdzielenie każdego żołnierza osobną miednicą, jest więc najpraktyczniej zarządzić mycie się wodą odpływającą. W miejscach, gdzie niema wodociągów, należy ustawić w izbie przeznaczonej do mycia kilka blaszanych zbiorników, napełnionych wodą, a spływającą z pod kurka wodę odprowadzać albo wprost do kanału lub do zbiornika stosownie ustawionego. Szczególną uwagę należy zawsze zwracać na czystość rąk i dlatego musi się chorych w tym kierunku wprost wychowywać.

Największym przyjacielem jaglicy jest brud i kurz. Chcąc przeciwdziałać tym czynnikom szkodliwym, należy podłogi izb chorych pociągać lakierem olejnym, przez co dają się one łatwo oczyszczać mokremi szmatami. Zamiatanie suchemi szczotkami jest bezwarunkowo wzbronione. Dobrze jest podłogi nacierać czasowo naftą, przez co wyniszcza się dokładnie robactwo. Jeżeli w szpitalu istnieje ogrzewanie centralne, musi się na to uważać, aby każdy ogrzewalnik był codziennie kilkakrotnie wycierany mokrą ścierką, gdyż szczególnie przy ogrzewaniu o niskiem ciśnieniu, przy którem ogrzewalnik rozgrzewa się ponad 100° C., spala się proch nad ogrzewalnikiem i unosi się w powietrzu. Przy ogrzewaniu wodą, gdzie rozgrzanie ogrzewalnika da się stopniować od 40° do 80° C., okoliczność ta jest mniejszej wagi. Jest także bardzo wskazane, aby przed drzwiami każdej izby znajdowała się ścierka napojona lyzoformem, o którą chorzy przed wejściem do izby dokładnie wycierają podeszwy.

(Dokończenie nastąpi).

Z oddziału chorób nerwowych Szpitala powszechnego we Lwowie.

## Studya z zakresu chorób układu mięśniowego[1])

podał

K. Orzechowski (Lwów).

### II. Rozsiane zapalenie mięśni przewlekłe i liszaj rumieniowaty.

E. T., 27-letnia, wyrobnica, wolna, w obserwacyi oddziału nerwowego z przerwami od lipca 1913 do marca 1916.

I. Przyjęcie dnia 16. VII 1913 z kliniki dermatologicznej (Prof. Łukasiewicz); wypuszczona dn. 8. XI 1913.

Wywiady: Chora pochodzi z rodziny zdrowej, ojciec umarł na niewiadomą chorobę w 80 r. ż., matka żyje w wieku 70 l. Chora ma trzy siostry i jednego brata, wszyscy są zdrowi. Nigdy poważniejszych cierpień, a w szczególności zapalenia stawów, nie przebywała, tylko przed 2 laty kaszlała wiele i dużo odpluwała. Gorączki wówczas nie miała. Kaszel i odpluwanie od owego czasu dotąd stale się utrzymują, choć w mniejszym stopniu. Nie była zarażona płciowo, nie używała trunków. Peryody od 16 r. ż. były dotąd regularne. Apetyt dobry. Oddawanie moczu i stolca prawidłowe.

Od $1^1/_2$ roku cierpi na chorobę skórną. Z początku objawiała się ona zaczerwienieniem rąk, które znikało szybko i pojawiało się znowu. Następnie to zaczerwienienie pokazało się na twarzy, która opuchła, równocześnie okazało się znowu silniejsze zaczerwienienie na rękach i objawy te już nie ustępowały. To skłoniło chorą do udania się na tutejszą klinikę dermatologiczną, gdzie pozostawała przez osiem miesięcy.

Od $^1/_2$ roku zaczęła chora odczuwać po przejściu kilkunastu kroków bole, zmęczenie w nogach i brak oddechu, tak że musiała stawać i odpoczywać. Ojawy te z czasem tak się nasiliły, że chora może zaledwie kilka kroków zrobić. Z czasem wystąpiło też znaczne zmniejszenie siły w górnych kończynach.

Stan obecny: Kobieta lat 27, w dobrym stanie odżywienia, nie niedokrwista. Na twarzy i grzbietach dłoni zaczerwienienia pokryte łuskami, twarz lekko obrzękła. Podniebienie bez zmian. Tarczyca nie powiększona.

W prawym szczycie odgłos z przodu i z tyłu krótszy, tamże słyszy się czasem rzężenia. Zresztą furczenia skąpe w całych płucach. Poza tem narządy wewnętrzne bez zmiany. Tętno 92. Przebieg bezgorączkowy.

Układ nerwowy: Objawów Chvostka i Gräfego niema. Mechanicznem pobudzeniem mięśni nie uzyskuje się wyraźnych skurczów. Niema drżeń palców, powiek i języka. Źrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Nerwy mózgowe bez zmian.

Górne kończyny: Zaniki zaznaczone mięśni nadgrzebieniowych i podgrzebieniowych łopatki, wybitny zanik obu mięśni naramiennych. Na przedramieniu miernie zanikła grupa wyprostna, lekki zanik kłębów dużych. Z ruchów w barku upośledzone jest podnoszenie, które możliwe jest tylko do poziomu. Ruchy w łokciu silnie upośledzone po prawej stronie, dobre po lewej. Ruchy wszystkich palców upośledzone, i to więcej po lewej stronie. Chora zgina palce lepiej, niż prostuje. Delikatniejszych czynności palcami nie może wykonywać. Odruchów brak.

W dolnych kończynach są wszystkie ruchy równomiernie lekko upośledzone. Chód paretyczny, stopy przytem opadają i chora podnosi nieco za wysoko kolana. Zaników wybitniejszych niema. Niema objawu Romberga. Odruchy kolanowe słabe, Achillesa lewy słaby, prawy dość żywy. Mięśnie na górnych i dolnych kończynach przy ucisku silnie bolesne. Niema zaburzeń czucia, ani bezładu ruchów.

Przebieg: Stosowano leczenie napotne (aspirynę i aparat Polano). Poprawa motoryczna i podmiotowa wyraźna przy wystąpieniu chorej ze szpitala.

II. Przyjęcie przypada na okres inwazyi rosyjskiej we Lwowie przez czas od 15. II 1915 do 20. III 1915.

Historya choroby zawiera tylko krótką notatkę. Po wypuszczeniu z oddziału nerwowego pozostawała chora przez 8 miesięcy na klinice dermatologicznej. W tym czasie poprawa siły i ruchów w dalszym ciągu stale postępowała, a także znacznie się poprawiła choroba skórna. Wypuszczono chorą z kliniki z wybuchem wojny. Przez cały następny czas czuła się zdrowszą i mocniejszą, znacznie lepiej chodziła i mogła używać rąk do drobniejszych zajęć, zupełnie zdrowa jednak nie była. Po przerwie niecałego roku zaczęły napowrót występować bole i osłabienie rąk i nóg i mniej więcej równocześnie wystąpiły napowrót zmiany chorobowe na skórze nóg, rąk i twarzy. Bole w rękach i nogach występują przy ruchach, w spokoju ustają, stale uczucie ociężałości ogólnej i osłabienia. W ostatnich trzech miesiącach bole wzmogły się do znacznej siły, zawsze jednak ograniczając się tylko do ruchów. O ile chora siedzi bez oparcia, doznaje silnego bolu w plecach, stara się więc zawsze siedzieć z oparciem pod plecy. W okresie poprawy zajmowała się szyciem, obecnie jest niezdolna do jakiejkolwiek pracy, nawet z trudem je sama, bo ręce odmawiają posłuszeństwa. Chodzić prawie zupełnie nie może.

Stan obecny: Dostateczny stan odżywienia. Lekki garb płaski w górnej części piersiowej kręgosłupa. Stłumienie w prawym szczycie. Rozsiane wilgotne i suche rzężenia w szczycie prawym i w lewej stronie z tyłu, w dole. Częstszy kaszel. Odpluwa rzadką plwocinę. Gruczoły limfatyczne niemacalne, tarczyca nieznacznie powiększona. Śledziona ani wątroba nie powiększone.

[1]) Pierwszy artykuł tej seryi p. t. »Dermatomyositis tuberculosa typus Boeck« oddany został do druku w »Gazecie lekarskiej«, 1919.

Mocz o c. g. 1026, zawiera ślad białka (0·006%) (Rob. Stolnikow), w osadzie wałeczków nie ma. Często stan podgorączkowy.

Opis stanu nerwowego zawiera tylko wzmiankę o bardzo znacznem upośledzeniu ruchów kończyn górnych i dolnych, znacznem utrudnieniu chodu i braku odruchów z górnych kończyn brzusznych, kolanowych i Achillesa.

III. Przyjęcie 24. II 1916, wypuszczona 21. III 1916.

Wywiady: Stan bez przerwy się pogarszał. Obecnie musi chora stale leżeć, nie może siadać bez pomocy, z trudnością przewraca się w łóżku, ledwo może kilka kroków zrobić. Musi być karmiona, bo z trudem ręce doprowadza do ust. Od kilku tygodni ma trudności połykowe, stałe pokarmy zostają w przełyku, płyny połyka lepiej, czasem jednak wracają nosem. Bole ma tylko przy ruchach. Wychudła, w okresie poprawy ważyła 63 kg., obecnie ma 58 kg.

Stan obecny: Przytłumienie w prawym szczycie, krótki odgłos w lewym. Rzężenia drobne w obu szczytach. Furczenia i rzężenia słabe w dolnych partyach płuc. Serce bez zmian, tętno 88. Śledziona nie powiększona. Prawie przez cały czas pobytu stan podgorączkowy, czasem dochodzący do 38·2. Leczenie zrazu strychniną, potem chininą do 3·0 gr. dziennie.

Układ nerwowy: Źrenice równe, dobrze oddziałują na światło. Chora nie może dobrze otworzyć szczęk, bo ją »ściąga«. Przytem zbitość i objętość żwaczy wydaje się prawidłową. Biernie także nie można silniej rozewrzeć szczęk. Twarz nieruchoma, wargi lekko ściągnięte, chora nie może jednak sznurować ust, także inne ruchy twarzy i powiek upośledzone, co mogłoby w pewnej części przynajmniej zależeć od pogrubienia skóry twarzy. Odruchy rogówkowe żywe, równe. Łuki podniebienne sinawo-czerwone, wydają się pogrubiałe i zbitsze, podniebienie jednak jest dobrze ruchome, z odruchami zachowanymi. Język prawidłowo ruchomy z odciskami od zębów, nie zanikły. Szyja i kark wychudzone. Głowę w tył, na przód i na boki chora porusza, ruchy te wykonuje z dość małą siłą i ze zmniejszoną amplitudą, bo ją »ściąga i dalej nie pozwala«.

Kończyny górne: Stale trzyma je przywiedzione w barkach, zgięte w łokciach w kącie około 120° z powodu przykurczenia mięśni dwugłowych, przedramiona są zwrócone na wewnątrz (pronacya), zwrócenie ich bierne na zewnątrz sprawia chorej ból, podobnie jak usiłowanie rozprostowania całkowitego łokciów; palce wszystkie są lekko zgięte i przytem widoczne są wybitnie na dłoni przykurczone ścięgna zginaczy palców. Przypominałoby to przykurczenie Dupuytrena, gdyby równocześnie stwierdzało się przykurczenie skóry, na dłoniach jest jednak skóra wolną. Wszystkie palce prócz kciuka są lekko odwiedzione ku łokciowej stronie, podobnie jak w zniekształcającem zapaleniu stawów i przytem stwierdza się analogiczne znaczne zwiotczenie w stawach śródręczo-palcowych, które pozwala przy nacisku palcem wypchnąć główki pierwszych członów ze stawów pod skórę dłoni.

Wszystkie mięśnie łopatkowe są równomiernie, dość znacznie zanikłe, bardzo znaczny jest zanik mięśni naramiennych, górna część mięśnia kapturowego jest dość dobrze utrzymana, podobnie najszersze mięśnie grzbietu i piersiowe. Mięśnie mostkowo-sutkowo-obojczykowe dobrze zachowane. Mięśnie dwugłowe i trójgłowe są zanikłe, zanik dwugłowego przeważa znacznie, na przedramionach przeważa zanik grupy wyprostnej nad zanikiem grupy łokciowej mięśni, z małych mięśni rąk niewielkie zaniki stwierdza się we wszystkich przestrzeniach międzykostnych, mniej są zanikłe kłęby duże, najmniej kłębuszki (hypothenar).

Siła ruchów, o ile one są wogóle utrzymane, jest wszędzie obniżona znacznie.

W stawach barkowych ruchy są zniesione z wyjątkiem bardzo słabego przywiedzenia do klatki piersiowej i słabego uniesienia barków ku górze mimo braku zarośnięcia stawu (ruchy rotacyjne bierne są możliwe) i pomimo, że cały szereg mięśni barkowych wydaje się tylko dość znacznie, jednak nie zupełnie zanikłym. Ustawienie łopatek i obojczyków w pozycyi leżącej prawidłowe. Zgięcie w łokciu jest możliwe z małą siłą, wyprostować łokcia chora czynnie nie może. Zwracanie czynne przedramienia jest możliwe, choć bezsilne, odwracanie (supinacya) jest zniesione. Chora może zginać nadgarstek i palce z małą siłą, wyprostowanie jest możliwe, lecz bez siły. Uderza, że mimo zaniku mięśnia przywodzącego kciuka przywiedzenie kciuków dokonywa się z wcale dobrą siłą, gdy natomiast przeciwstawianie kciuków jest bardzo słabe, choć kłęby są stosunkowo mało zanikłe.

Brzuch jest wiotki, przy sadowieniu nieco się napina, przy kaszlu wcale się nie napina.

Mięśnie międzyżebrowe są zanikłe. Mięsień prostujący kadłub ledwie daje się wymacać po stronie prawej, nieco więcej jego masy wyczuwa się po stronie lewej. Tułów wskutek tego ma ciosany z gruba kształt, część tułowia od barku do pasa przebiega prostopadle, wcięcie pasa jest ostre i nagłe, co przypomina »talię osy«. Sam kręgosłup jest biernie dobrze ruchomy, w części lędźwiowej wykazuje mały garb płaski, wybitniejsze zgarbienie istnieje w górnej części piersiowej, gdzie zarazem stwierdza się mierne zgięcie boczne z wypukłością zwróconą ku stronie prawej. Wszystkie wyrostki kolczyste wybitnie wystają.

Oddechy płytkie. Głos zciszony, nieczysty. Odkaszluje słabo.

Siadać chora zupełnie nie może, trzeba ją sadowić jak kłodę, na boki może się sama przewrócić z wielkim trudem. Może zginać naprzód kręgosłup przy pomocy, na boki dość dobrze sama, natomiast nie może wygiąć kręgosłupa w tył, bo przy najlżejszej próbie ruchu w tym kierunku traci równowagę i pada w tył.

Kończyny dolne: Zaniki miernego stopnia są prawie wszędzie. Najwięcej zanikłe są mięśnie pośladkowe, dość znacznie czworogłowe. Tylko łydki wydają się dobrze utrzymane. We wszystkich stawach ruchy są możliwe, lecz z bardzo obniżoną siłą. Bardzo słabe są: zgięcie, skręcanie na wewnątrz i zewnątrz ud i odwodzenie ud w biodrze (przywodzenie wykonuje z lepszą

siłą), wyprostowanie w kolanie, wyprostowanie stóp i palców. Stosunkowo lepszą siłę wykazuje chora przy rozgięciu ud ku tyłowi w stawach biodrowych (mięśnie pośladkowe) i przy zgięciu kolan, stóp i palców.

Ustawienie kończyn dolnych łącznie ze stopami jest prawidłowe.

Wszędzie mięśnie kończyn górnych i dolnych wykazują obustronnie, jednakowe, symetryczne zmiany zanikowe i porażne.

Chora ma charakterystyczną postawę w staniu; kręgosłup trzymą sztywno pochylony trochę wprzód, szyja unieruchomiona, głowa i barki są również nieco naprzód podane, łokcie zgięte, a palce lekko przygięte spoczywają blisko brzucha, nogi rozstawione, wyprostowane w biodrach i w kolanach. Gdyby nie wyniszczenie mięśniowe chorej, możnaby rzucić porównanie z postawą atlety przed walką. A tak cała ta nieruchoma, sztywna postawa ciała widocznie chorego, na którem osadzona jest głowa z sino-czerwoną twarzą, nieruchomą, z lekka ściągniętemi wargami, sprawia raczej widmowe wrażenie. Gdy chora stoi, a poleci się jej głowę pochylić w tył, grozi jej upadek, podobnie jak i kręgosłupa nie może w tył przechylić.

Chodzi jak kołek sztywna w kręgosłupie, stawia drobne kroki opadającemi stopami i nieznacznie wyrzuca golenie w kolanach. Stóp przy chodzie nie rozstawia znaczniej, natomiast wykonuje ruchy miednicą na boki. Chodzić może tylko po równem. Wchodzić na schody i schodzić z nich nie może. Gdy stoi, nie jest w stanie prawie zupełnie obrócić się na bok.

Przy chodzeniu i staniu golenie i stopy sinieją wybitnie.

Należy jeszcze dodać, że we wszystkich zanikłych mięśniach stwierdza się pewną wzmożoną zbitość, a nawet zbitość niektórych z nich jest wprost znacznie zwiększona, tak n. p. mięśnie czworogłowe zanikłe są twardawe, a tak samo silnie zanikłe mięśnie wyprostne na przedramionach. W zbitym mięśniu trójgłowym ramienia wyczuwa się jakby gruby twardy sznur. Natomiast skrócony, lecz mniej zanikły mięsień dwugłowy ma jednak zbitość prawidłową.

Wszędzie dają się mięśnie oddzielić od skóry.

Odruchów głębokich brak na górnych i na dolnych kończynach. Odruchów brzusznych brak, podeszwowe są prawidłowe. Objawu Babińskiego niema.

Stawy są wolne i przeważnie hypotoniczne. Zmian odżywczych, w szczególności zaniku kości, przy zwykłem badaniu się nie stwierdza.

Badanie elektryczne: Wszystkie pnie nerwowe kończyn górnych i nerw twarzowy są prawidłowo pobudliwe dla obu prądów. Mięsień naramienny, mięśnie twarzy i mięsień przywodzący kciuka mają nieznacznie obniżoną pobudliwość faradyczną i galwaniczną, inne mięśnie kończyn górnych wykazują znaczniejsze obniżenie pobudliwości. Skurcze galwaniczne są żwawe, katoda przeważa. Pobudliwość galwaniczna i faradyczna nerwów i mięśni kończyn dolnych jest prawidłowa albo niemal prawidłowa z wyjątkiem nerwu udowego i mięśni czworogłowych, z których skurczów nie można uzyskać przy użyciu najsilniejszych prądów galwanicznych i faradycznych.

Wszystkie mięśnie są dość bolesne przy ucisku, tylko tkliwe są na ucisk pnie nerwowe. Skóra przy ucisku fałdu nie jest bolesna.

Brak jakichkolwiek zaburzeń czucia skórnego i głębokiego łącznie z wibracyjnem.

O dalszych losach chorej, wydalonej do Zakładu nieuleczalnych, zdołaliśmy się tylko tyle dowiedzieć, że umarła tam z końcem r. 1916 wśród objawów stale postępującej niemocy i wyniszczenia.

Historyi choroby dermatologicznej nie zamieszczam w całej rozciągłości, kierując się między innymi względem na to, aby nie przekraczać rozmiarów pracy poza najkonieczniejszą potrzebę w trudnych obecnie warunkach wydawniczych. Streszczam więc spostrzeżenia, łaskawie mi udzielone przez P. Prof. Łukasiewicza. Chora wykazywała zmiany typowe dla postaci rozsianej liszaja rumieniowatego (lichen erythematosus disseminatus acutus Kaposi). Choroba zajęła policzki i czoło, gdzie występowały żywo czerwone, płaskie guzki, wielkości małej soczewicy, blednące pod uciskiem palca. Ilość tych guzków była tak znaczna, że skutkiem spływania ich ze sobą cała twarz i czoło były obrzękłe, czerwone i naciekłe, przypominając nawet różę. Stan ten utrzymywał się miesiącami i ustępował z pozostawieniem kulistych, brunatnoczerwonych, złuszczających się nacieków. Nacieki te okazywały porozszerzane naczyńka i liczne blizenki, odpowiadające mieszkom włosowym. Błona śluzowa jamy ustnej była wolna aż do końcowego okresu choroby. Podobne, mniej liczne zmiany występowały na tułowiu. Na kończynach dolnych i górnych były one natomiast rozlane, podobnie jak na policzkach. Na palcach u nóg i rąk przypominały one nacieki, jakie się widuje przy odmrozinie (perniones). Opisane objawy występowały od czasu do czasu wśród gorączki w połączeniu z bólami kości i stawów, a zwłaszcza głowy.

Streszczenie: U chorej 27-letniej trwa od początku 1912 liszaj rumieniowaty ostry, usadowiony na twarzy, tułowiu, stopach i rękach. W pół roku od pojawienia się choroby skórnej występują objawy niedowładu zrazu kończyn dolnych, potem górnych. Bole przy chodzie. Stan przedmiotowy wykazywał w połowie 1913 rozlane, jednak nie symetryczne niedowłady kończyn i mierne, nieuogólnione zaniki w górnych tylko kończynach, słabe odruchy głębokie, bolesność uciskową mięśni przy braku zresztą nieprawidłowych objawów nerwowych poza sferą ruchową. Na drugą połowę 1913 i niecały rok 1914 przypada powoli się dokonująca poprawa zarówno objawów skórnych, jak i ruchowych, ustępują bole, chora może chodzić i szyć. Z końcem 1914 nawrót choroby skórnej i równocześnie objawów ruchowych, które teraz dosięgają szybko znaczniejszego natężenia i stale postępując, uogólniają się na wszystkie niemal mięśnie

ciała łącznie z mięśniami połykowymi, mięśniami szyi, pasa barkowego, klatki piersiowej, kręgosłupa, miednicy i jak się zdaje, twarzy, z zaoszczędzeniem języka i gałek ocznych i doprowadzają do zupełnego niemal zniedołężnienia chorej. Zmiany mięśniowe są teraz symetrycznie rozmieszczone, porażenia są prawie zupełne, zaniki rozległe, uderza jednak niestosunek porażeń przy pozornie dobrze zachowanej objętości mięśni, gdzieindziej natomiast jest siła zanikłych mięśni dość dobrze utrzymana. Wzmożona zbitość mięśni, która widocznie maskuje miejscami zaniki. Bolesność mięśni na ucisk, przytem też pewna tkliwość pni nerwowych. Bole mięśni przy ruchach zamierzonych i biernych. Trwałe skrócenia mięśniowe i pomniejszenie amplitudy ruchów wskutek tego w żwaczach, mięśniach szyi i karku, przywodzących barki, dwugłowych ramion, skręcających na wewnątrz przedramiona i zginaczach palców rąk. Stawy wolne, hypotoniczne. Elektrycznie zmiany tylko ilościowe lub prawidłowe stosunki, przytem pobudliwość bezpośrednia jest bardziej obniżona, niż pośrednia [1]). Brak odruchów głębokich. Zresztą sfera nerwowa przedstawia się prawidłowo.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Podobne zachowanie się stwierdzili Nonne i Höpfner we włośnicy, a Fajersztajn w jednym przypadku polymyositis chronica.

## Sprawy Towarzystw naukowych.

### Towarzystwo lekarskie lwowskie.

#### XI. posiedzenie z d. 19. kwietnia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 27.

I. Kol. Sołowij przedstawia **preparaty:** 1) Uterus unicornis semiseptus. 2) Sprawa zapalna przydatków macicy. 3) Pęknięcie samorodne w dnie macicy w 6. miesiącu ciąży.

II. Kol. Franke wygłosił odczyt: **O zachowaniu się azotu pozabiałkowego (R-N) surowicy krwi w przypadku ostrego zapalenią nerek.** (Ogłoszone w całości w »Przeglądzie lekarskim«).

W dyskusyi zabierali głos: 1) Kol. Wiczkowski omawia znaczenie upustu krwi; tłómaczy sposób jego działania przy mocznicy i wyraża przypuszczenie, iż ta jest zależna od nadmiaru wytwarzającej się kreatyny i kreatyniny. — 2) Kol. Franke potwierdza dobry skutek, jednak tylko dużych upustów krwi, i to przeważnie przy mocznicy z drgawkami, przy której ilość azotu pozabiałkowego w surowicy krwi zwykle nie jest zwiększona, w odróżnieniu od mocznicy bez drgawek. Czy kreatyna i kreatynina, wreszcie szereg innych substancyi, jak mocznik, indykan i inne, są w związku przyczynowym z mocznicą, nie może tego dziś jeszcze rozstrzygnąć. — 3) Kol. Bednarski omawia badania dna oka przy zapaleniu nerek i mówi o złem rokowaniu w »neuroretinitis«, gdy »retinitis centralis albuminurica«, choć jest poważnem powikłaniem, jednak nie zawsze daje złe rokowanie. W myśl tego - zapytuje, jak zachowywali się chorzy prelegenta? — 4) Kol. Wiczkowski stwierdza jeszcze raz nietylko dodatni wpływ upustów krwi na mocznicę, lecz i na przebieg samej choroby nerek. — 5) Kol. Franke zgadza się z kol. Wiczkowskim, jednak nie umie sobie tego objaśnić na podstawie swoich dotychczasowych badań, co się zaś tyczy uwag kol. Bednarskiego, to nie zgadza się z nim odnośnie do złego bezwzględnie rokowania przy zmianach na dnie oka. Co się tyczy chorych badanych przez niego, to wziernikowanie oka nie było wykonywane, gdyż w szpitalu wojskowym nie było okulisty.

#### XII. Posiedzenie naukowe z d. 26. kwietnia 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 18.

I. Kol. Rothfeld przedstawia i omawia: a) przypadek obrzęku **(akroasphyxia chronica hypertrophica)**, b) dwa przypadki **histeryi.**

W dyskusyi nad przypadkiem pierwszym kol. Hornowski zaznacza, że znalazł zmiany szkliste w skórze właściwej, zwiększenie włókien sprężystych, ale w stanie rozpadu; włókien takich znaleźć nie można w brodawkach.

II. Prof. Wiczkowski wygłosił odczyt: **Spostrzeżenia i uwagi w sprawie leczenia wysięków opłucnych.**

#### XIII. Posiedzenie naukowe z d. 10. maja 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 27.

I. Kol. Rothfeld przedstawia 2 przypadki **neurorecydywy.**

W dyskusyi przemawiali: kol. Lenartowicz, kol. prof. Halban, kol. prof. Jurasz, kol. Zabłocki i kol. Feuerstein.

II. Kol. Herman wygłasza odczyt: **Tętnienie mózgu człowieka na podstawie badań doświadczalnych.**

#### XIV. Posiedzenie naukowe z d. 17. maja 1918.

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych 25.

I. Kol. Cieszyński przedstawia i omawia następujące przypadki: 1) 2 przypadki **torbieli szczęki** górnej. 2) 2 przypadki **martwicy szczęki** górnej. 3) **Caput obstipum spasticum.**

W dyskusyi kol. Gluziński A. zapytuje, czy przypadek ostatni nie nadawałby się do leczenia ortopedycznego.

II. Dr Fuliński wygłąsza odczyt p. t. **Zagadnienie powstawania gatunków**.

W dyskusyi prof. Hirschler porusza kwestyę krzyżowania.

**XV. Posiedzenie naukowe z d. 24. maja 1918.**

Przewodniczy kol. Hornowski, protokołuje kol. Demianowski. Obecnych członków 33.

I. Kol. Rencki przedstawia z oddziału wewn. II. szpitala powsz. chorą R. J. l. 36, która od 4 lat okazuje objawy **napadowego moczenia hemoglobinowego** (haemoglobinuria paroxysmalis), występujące pod działaniem zimna. W leczeniu stosowano bez dodatniego wyniku wcierania szaruchy i wstrzykiwania neo-salwarsanu; pewną poprawę osiągnięto po wstrzykiwaniach podskórnych peptonu Wittego i podawaniu cholestearyny. (Przypadek będzie ogłoszony drukiem).

W dyskusyi 1) Kol. prof. Gluziński wspomina, że na klinice przeprowadzał wraz z kol. Czerneckim próby w myśl teoryi Donatha, która to praca nie potwierdziła zapatrywań Donatha, a dzisiejszy przypadek zdaje się również potwierdzać wyniki Czerneckiego. — 2) Kol. prof. Sieradzki zapytuje, czy odczyn Wassermanna w tym przypadku nie był pochodzenia »niekiłowego«. — 3) Kol. prof. Hornowski wobec dodatnich wyników ze stosowania cholesteryny, która, jak wiadomo, zwiększa ilość lipoidów w ustroju przy wstrzykiwaniu jej, (własne doświadczenia), przypuszcza, iż może hemoglobinurya napadowa jest w związku z pewnym brakiem lub uczuleniem lipoidów w ustroju. W tym też kierunku należałoby może badać takie przypadki tem bardziej, że według badań dzisiejszych w rozpadzie czerwonych ciałek krwi odgrywa rolę nietylko działanie na lipoidy otoczki tych ciałek, lecz i na lipoidy, znajdujące się w przegródkach wewnątrz ciałek. — 4) Kol. prof. Rencki w odpowiedzi prof. Sieradzkiemu wspomina, że chora nie roniła, ale przed kilku laty przechodziła wcierania rtęciowe ze względu na oczy, a obecnie ma jedną źrenicę szerszą.

II. Kol. prof. Gluziński przedstawia następujące przypadki: 1) **Ostry żółty zanik wątroby** (leczony rtęcią). 2) **Białaczka szpikowa** (l. myelogenes). 3) **Ucisk powiększonych gruczołów na oskrzela**.

W dyskusyi przemawiali: kol. prof. Nowicki, kol. prof. Sieradzki, kol. prof. Rencki, kol. prof. Hornowski i kol. Meisels.

## Wiadomości bieżące.

— Redaktor główny »Przeglądu lekarskiego« z powodu zwiększonych obowiązków uniwersyteckich otrzymał urlop z redakcyi. Zastępować go będzie od 15. X. prof. Dr K. W. Majewski, do którego należy zwracać się we wszelkich sprawach redakcyjnych (ul. Dunajewskiego 6, telefon 1319).

— Dziekanem Wydziału lekarskiego warszawskiego na r. b. wybrany został prof. Dr Jan Mazurkiewicz, prodziekanem prof. Dr Władysław Mazurkiewicz.

— Na IV. polskim Zjeździe przeciwalkoholowym w d. 11. i 12. X. b. r. w Warszawie ma być wygłoszonych 14 referatów. Z lekarzy będą prelegentami Dr Wł. Chodecki, prof. Dr Jan Mazurkiewicz, Dr J. Wiśniewski, Dr J. Gawroński, Dr Budzińska-Tylicka i kap. Dr Jan Nelken.

— Prof. Dr Maksymilian Rutkowski z Krakowa został wezwany na chirurga-konsulenta Wojsk polskich.

Odpowiedzialny redaktor: **Prof. Dr St. Ciechanowski.**











Treść:





Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego